

9. Соловьева, А.П. Критерии оценки когнитивных нарушений в клинических исследованиях / А.П. Соловьева, Д.В. Горячев, В.В. Архипов // Ведомости Научного центра экспертизы средств мед. применения. – 2018. – № 8 (4). – С. 218–230.

10. Парфенов, В.А. «ДИАМАНТ». Старт наблюдательной программы по эффективности терапии у пациентов с ХИГМ и КР / В.А. Парфенов // РМЖ. – 2016. – № 24. – С. 1664-1668.

11. Carson, N. A re-examination of Montreal Cognitive Assessment (MoCA) cutoff scores. / N. Carson, L. Leach, K.J. Murphy// Int. J. Geriatr. Psychiatry. – 2018. – Vol. 33, N 2. – P. 379–388. <https://doi.org/10.1002/gps.4756>.

УДК 615.917:547.262

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ОТРАВЛЕНИЕМ ЭТИЛ СОДЕРЖАЩИМИ ЖИДКОСТЯМИ

Беспалов Ю.А.¹, Дыбаль А.Б.²

УО «Витебский государственный медицинский университет»¹

УЗ «Витебская областная клиническая больница»²

Алкогольное отравление это многофакторное и развернутое влияние этанола (этилового или винного спирта) на организм. В практике встречаются отравления как естественными напитками брожения углеводов, так кустарного или промышленного изготовления из винного спирта с добавлением сахара и различных эссенций, содержащих разную пропорцию этанола. Показатель градусов (объемных процентов) умноженный на 0,79 (плотность спирта), отражает концентрацию этанола в граммах на 100 мл этого напитка. Концентрацию этанола в биологических жидкостях выражают в г/л или промилле (‰) [1]. Данная проблема носит традиционный характер. Актуальность данных исследований несомненна на протяжении многих десятилетий в силу сочетания социальных, экономических, медицинских, уголовно-правовых дисциплин. В среднем 20,2% респондентов (27,4% мужчин и 13,7% женщин) употребляют алкоголь по наиболее неблагоприятной модели – эпизодическое употребление алкоголя в больших количествах (≥ 60 г чистого спирта в среднем за раз для мужчин и ≥ 40 г чистого спирта в среднем за раз для женщин) [2].

Статистические сведения по результатам STEPS исследования в нашей стране в 2016 году определили вид употребляемого алкоголя в ходе повседневной жизнедеятельности лиц – респондентов [2]:

- спирт домашнего приготовления (самогона) – 31,9% (у мужчин – 43,4%, у женщин – 11,3%);
- пиво или вино домашнего приготовления – 25,2% (у мужчин – 27,1%, у женщин – 21,9%);
- алкоголь, привезенный из-за границы – 34,2% (у мужчин – 22,7%, у женщин – 54,7%);
- спиртосодержащие жидкости, предназначенные для других целей – 2,8% (мужчин – 4,3%, у женщин – 0,0%);
- другой неучтенный алкоголь – 5,9% (у мужчин – 2,5%, у женщин – 12,1%).

Клиническая картина видов отравлений, как правило, возникает в силу следующих основных причин:

1. Употребление большого объема этанолсодержащей жидкости в пересчете на чистый спирт за короткий промежуток времени.
2. Длительный прием продуктов с небольшой долей этанола при пересчете на чистый спирт (недели, месяцы).

3. Хронический прием алкоголесодержащих продуктов лицами, находящимися и не находящимися на наркологическом учете (годы), с периодами острого отравления на фоне хронического употребления алкоголя.

Среди пациентов, пролеченных в отделении токсикологии², встречаются лица, которые регулярно на протяжении длительного периода времени доставляются в стационар сотрудниками скорой медицинской помощи в состоянии острого отравления, а также лица с регулярным самостоятельным анонимным обращением для проведения детоксикации.

В настоящее время лечение пациентов с острым или хроническим алкогольным отравлением осуществляется в соответствии с нормативными документами. Данная схема терапии существует продолжительный период и в ней недостаточно затрагиваются вопросы патогенетической коррекции влияния алкоголя в зависимости от вида клинической картины отравления, а также наличия или отсутствия фона хронического злоупотребления алкоголем. Как следствие, сохраняются статистические показатели длительности проводимого лечения. Среднее количество койко-дней в токсикологическом отделении или отделении реанимации и интенсивной терапии составляет от 3 до 21 суток и более.

Учитывая уровень современных знаний о влиянии алкоголя на организм и его метаболизме, сохраняется актуальность вопроса разработки методов и способов фармакологической терапии острых отравлений этилсодержащими жидкостями. [3, 4, 5, 6].

Наряду с актуальными схемами использования средств, влияющих на резорбцию и метаболизм этанола (полисорб, энтеросгель, глицин, дитионит натрия и пр)., существует поиск альтернативных вариантов современной терапии, влияющих на активность нейротрансмиттера ацетилхолина, производя опосредованное действие на возникновение центральных адренэргических и эндорфинэргических (опиатных) эффектов, снижая выработку глутамата и нормализуя работу ионных насосов и активность $\text{Na}^+\text{K}^+-\text{АТФ-аз}$ [7].

Другим вариантом направления поиска современной схемы терапии является воздействие на когнитивные функции у пациентов в состоянии острого алкогольного или хронического злоупотребления спиртсодержащими жидкостями.

Также, сохраняется актуальность использования средств с антиоксидантной и антигипоксикантной и ноотропной активностью. Работы в данном направлении позволяют достоверно улучшать показатели газообмена до 83,9% от референсных значений (в отличие от 73,7% при лечении по традиционной схеме), с скорейшим восстановлением функций в ряде экспериментальных моделях.

Литература:

1. Острое отравление этанолом / С.В. Курсов [и др.] // Медицина неотложных состояний. – 2012. – № 7-8. – С. 22–35.

2. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь STEPS 2016 [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. – 2017. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/ru/countries/belarus/publications/prevalence-of-noncommunicable-disease-risk-factors-in-republic-of-belarus.-steps-2016-2017> – Дата доступа: 02.04.2019.

3. Терехина, Н.А. Влияние сорбентов на показатели антиоксидантной защиты и свободнорадикального окисления при алкогольной интоксикации / Н.А. Терехина // Сиб. мед. обозрение. – 2017. – С. 69–76.

4. Терехина, Н.А. Окислительная модификация белков и показатели антиоксидантной защиты при острой алкогольной интоксикации / Н.А. Терехина // Мед. алфавит. – 2017. – № 28. – С. 53–54.

5. Экспериментальная оценка эффективности полисорба, глицина и дитионина натрия при остром крайне тяжелом отравлении этанолом / А.А. Ховпачев [и др.] //

Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2015. – № 1. – С. 90–94.

6. Волков, М.Ю. Защищенное употребление алкоголя / М.Ю. Волков // Главный врач. – 2014. – № 3-4 (40). – С. 31–33.

7. Применение инотропных препаратов в интенсивной терапии больных с острым отравлением этиловым спиртом / Е.А. Попова [и др.] // Сиб. мед. обозрение. – 2014. – № 3. – С. 62–65.

УДК 616.61

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ПЕРВИЧНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА

Бондарева Л.И., Выхристенко Л.Р., Счастливленко А.И.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. В настоящее время в диагностике хронического гломерулонефрита (ХГН) приоритет сохраняется за нефробиопсией, которая позволяет выявить характер нефропатии, степень поражения клубочков, канальцев, сосудов и интерстиция и определить насколько выражены склеротические и/или воспалительные изменения ткани почки. Основная цель проведения нефробиопсии – уточнение диагноза, определение дальнейшей тактики патогенетического лечения, прогноза течения ХГН [1]. При наличии противопоказаний или отказа пациентов увеличивается значимость особенностей клинических форм ХГН.

Цель исследования – оценка соответствия клинико-лабораторных показателей первичного ХГН определенным морфологическим формам.

Материал и методы. Изучены 195 медицинских карт стационарных пациентов с ХГН, находившихся на обследовании и лечении в нефрологическом отделении Витебской областной клинической больницы в 2018. Пациенты были обследованы в соответствии с клиническим протоколом диагностики и лечения пациентов с нефрологическими заболеваниями при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях районных, областных и республиканских организаций здравоохранения Республики Беларусь [2].

У 101(51,8%) пациента диагностирован первичный ХГН морфологически неуточненный, у 63 (31,8%) - гломерулонефрит ранее морфологически уточненный. В исследование включен 31 (15,9%) пациент с впервые установленной морфологической формой ХГН.

Были изучены нефробиоптаты, изменения мочевого осадка (протеинурия, гематурия), уровень креатинина сыворотки крови, уровень артериального давления (АД), скорость клубочковой фильтрации (СКФ). Расчет СКФ производился по номограмме для расчета СКФ на основании уровня креатинина крови, с учетом пола, возраста и расы (по формуле CKD-EPI).

Процедура чрескожной биопсии почки проводилась в условиях отделения хирургии печени и трансплантологии под контролем аппарата ALOKAALPHA 7 ProSound автоматической биопсийной системой «Magnum» фирмы «C.R.BARDGmbH», оснащенной иглой «FastcutB» диаметром 16G. Биоптаты исследовали при помощи световой микроскопии, иммунофлюоресцентного анализа в лаборатории УЗ «Городское клиническое патологоанатомическое бюро г. Минска».

Независимые переменные сравнивались при помощи U - критерия Манна-Уитни. Различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. При изучении биоптата почки 31 пациента получены столбики почечной ткани с числом клубочков от 3 до 27, в среднем $12,82 \pm 1,15$. В 3-х